

AVIS IMPORTANT



L'Académie Marie-Claire a une politique très stricte quant à l'administration de médicaments à un élève par un membre du personnel de l'école. Le formulaire **DOIT ÊTRE UTILISÉ SEULEMENT LORSQU'UN MÉDECIN A PRESCRIT UN MÉDICAMENT À VOTRE ENFANT. IL DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ D'INSTRUCTIONS ÉCRITES ET SPÉCIFIQUES, SIGNÉES PAR LE MÉDECIN.**

Chaque requête devra être accompagnée du formulaire ci-dessous ainsi que des instructions précises, écrites et signées du médecin (comme indiqué au bas du formulaire). Afin de vous faciliter la tâche, nous vous demandons de conserver le présent formulaire dans un endroit accessible et de le joindre, systématiquement, au médicament et aux instructions du médecin.

Le médicament ne pourra être administré que s'il est accompagné de ce formulaire dûment complété et des instructions du médecin.

FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT À UN ÉLÈVE

Je, soussigné(e), (Nom du parent ou du tuteur légal): _____ autorise la directrice de l'école ou son /sa délégué(e) à administrer un médicament, tel qu'indiqué dans les instructions* ci-jointes, à :

Nom de l'élève: _____

En outre, je décharge de toute responsabilité le représentant de l'Académie Marie-Claire, ses fonctionnaires, actionnaires et agents, quant aux effets secondaires dus à l'administration du médicament.

Date: _____

Signature du parent ou du tuteur légal _____

NOTE:

Nous vous prions de porter attention aux collations que votre(vos) enfant(s) apporte(nt) à l'Académie Marie-Claire. Dans le but de prévenir les problèmes occasionnés par les allergies, nous ne pouvons plus accepter les aliments **contenant des arachides ou des traces d'arachides.**

Les collations doivent être faciles à consommer (éviter les collations nécessitant l'emploi d'une cuillère) et faciles à transporter. Il serait préférable d'utiliser des boîtes à collation identifiées, munies de serviettes de table en papier et de sacs jetables pour les déchets.

DONNÉES DE BASE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ



Nom _____	Prénom _____
Date de naissance ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)	Groupe fréquenté _____

PROBLÈMES DE SANTÉ CONNUS
i) Votre enfant est-il diabétique? _____ Oui _____ Non Si oui, doit-il prendre des médicaments? _____ Si oui, précisez _____
ii) Votre enfant est-il asthmatique? _____ Oui _____ Non Médicaments _____
iii) Votre enfant a-t-il déjà eu des crises de convulsions, crises d'épilepsie? _____ Oui _____ Non Dans quelle circonstance? _____

MÉDICAMENTS
i) Prend-il des médicaments sur une base régulière? _____ Oui _____ Non
Nom du médicament: _____ Dosage: _____ Nbre fois/jour: _____
Nom du médicament: _____ Dosage: _____ Nbre fois/jour: _____

ALLERGIES
i) Médicaments: _____ _____
Réaction: _____ _____
ii) Alimentaires: _____ _____
Réaction: _____ _____

INTOLÉRANCES
i) Alimentaires: _____ _____
ii) Médicaments: _____ _____
iii) Les allergies de votre enfant ont-elles été signalées et/ou évaluées médicalement? _____ Oui _____ Non
iv) Votre enfant souffre-t-il de façon occasionnelle de saignements de nez? _____ Oui _____ Non

MÉDECIN DE FAMILLE / PÉDIATRE	
Adresse / clinique: _____ Hospital: _____ Téléphone: _____	Numéro d'assurance maladie: _____ Numéro / dossier et nom / hôpital: _____ Date d'expiration: _____
Antécédents médicaux et chirurgicaux: _____	
Si votre enfant fait de la température, acceptez-vous que lui soit administré de l'acétaminophène / Tylenol? _____ Oui _____ Non Sirop _____ Comprimés _____	Votre enfant a-t-il été vacciné selon le calendrier prescrit? _____ Oui _____ Non (S.v.p joindre photocopie du carnet de vaccination.)
Votre enfant a-t-il déjà contracté une maladie infectieuse? _____ Oui _____ No Si oui, La quelle? _____ Quand? _____	A-t-il déjà eu la varicelle? _____ Oui _____ Non Quand _____

URGENCE



En cas d'urgence relative à la santé de mon enfant, j'autorise « l'Académie Marie-Claire » à prendre les dispositions qu'elle jugera nécessaires.

Quelle est la personne à rejoindre en cas d'urgence?

i. Nom: _____

ii. Lien: _____

iii. Domicile: _____

iv. Travail: _____

MÉDECIN

i. Nom: _____

ii. Hôpital: _____

iii. No de dossier: _____

iv. Adresse: _____

v. Téléphone Hôpital: _____

vi. Cabinet: _____

TUTEUR/GARDIEN

i. Nom: _____

ii. Lien: _____

iii. Adresse: _____

iv. Code postal: _____

v. Tél Maison: _____

vi. Tél Travail: _____

AUTRE

i. Nom: _____

ii. Lien: _____

iii. Adresse: _____

iv. Code postal: _____

v. Tél Maison: _____

vi. Tél Travail: _____

Signature des parents ou tuteur: _____ Date _____